

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

Nota: 10
Parotien

CONDUTAS CIRÚRGICAS NA ÚLCERA DUODENAL PERFURADA
(18 casos)

ELIANA MARIS STELLA ZANELATO*
SÉRGIO COUTINHO FEIJÓ*

Trabalho realizado durante internato Clínica Médica/
Clínica Cirúrgica, XII fase do Curso Medicina

*Doutorandos do Curso de Graduação em Medicina

Florianópolis, junho de 1982.

S U M Á R I O

- I - RESUMO
- II - INTRODUÇÃO
- III - CASUÍSTICA E MÉTODOS
- IV - COMENTÁRIOS
- V - CONCLUSÕES
- VI - ABSTRACT
- VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I - RESUMO

Este estudo apresenta 18 casos de úlcera duodenal perfurada, analisando suas condutas cirúrgicas em razão de fatores como tempo de perfuração, achado cirúrgico e outros, segundo protocolo idealizado, levando-se em consideração os critérios necessários para a escolha do tipo de cirurgia. O objetivo foi mostrar que o manuseio cirúrgico não deve ser estático, e sim dinâmico conforme as condições que se apresentam os pacientes.

II - INTRODUÇÃO

A úlcera duodenal é uma entidade mórbida caracterizada pela erosão de todas as camadas internas do duodeno, por vezes perfurando suas paredes em toda extensão determinando o quadro de úlcera duodenal perfurada. (3, 5, 8)

A incidência da úlcera duodenal em relação ao quadro de abdome agudo corresponde entre 5 a 8% (3).

Usualmente a perfuração é acompanhada de súbita e intensa dor abdominal em punhalada. Esta é constante, implacável, localiza-se no andar superior do abdome e depois irradia-se de modo generalizado na dependência do comprometimento do suco extravasado. Dor nos ombros pode ocorrer se o nervo frênico for envolvido. (3, 8, 9)

Ao exame o paciente está agonizante, imóvel, respiração superficial e pulso com taquissfignia. Os músculos abdominais estão contraídos ao máximo, criando o quadro de abdome em tábua. O aumento da sensibilidade é marcado principalmente em região epigástrica e o sinal de Blumberg é geralmente positivo em todo abdome. Com o evoluir do tempo, o pnemoperitônio se faz, agrava-se a peritonite que juntamente contribui para a distensão abdominal. (3, 9)

O quadro clínico de perfuração pode sofrer variações na dependência de ser bloqueado por epiplons ou estruturas vizinhas como fígado, pâncreas, vesícula biliar e colo transversal. (3)

O quadro pode simular uma apendicite aguda quando há comprometimento da goteira parietocólica direita pelo material extravasado. A dor em região posterior é relatada quando a úlcera perfura para a retrocavidade dos epiplons. (3)

A magnitude do caos abdominal causada por uma perfuração de úlcera péptica em duodeno, é determinada pela quantidade e acidez do material extravasado. Um bom manuseio dessa situação requer profundo conhecimento da história natural da perfuração, dos efeitos abdominais e sistêmicos do extravasamento e dos vários procedimentos cirúrgicos, os quais devem ser muito bem conduzidos numa situação de emergência. (9)

III - CASUÍSTICA E MÉTODO

Os 18 casos de úlcera duodenal perfurada ocorreram num prazo de 2 anos (1980 - 1982), sendo submetidos ao tratamento cirúrgico no Hospital de Caridade e Governador Celso Ramos, Fpolis, SC.✓

Foram empregados 5 técnicas cirúrgicas diferentes conforme citação: rafia da úlcera seguida de drenagem ampla da cavidade abdominal, rafia da úlcera com vagotomia super-seletiva, rafia da úlcera com vagotomia super-seletiva associada à piloroplastia, rafia seguida de vagotomia troncular e finalmente vagotomia troncular com an trectomia BII. Em todas as técnicas foi utilizado drenagem da cavidade abdominal e após todas as rafias foi realizado epiploplastia. Todos os pacientes antes do tratamento cirúrgico foram submetidos ao preparo pré-operatório como: a sonda naso-gástrica, correção da volemia e dos distúrbios hidro-eletrolíticos e iniciação aos demais procedimentos que se fizeram necessários para cada caso.

Foi elaborado um protocolo, preenchido com dados de prontuários hospitalar, nos hospitais citados anteriormente.

QUADRO I - PROTOCOLO

Nome
Idade
Sexo
Diagnóstico confirmado de úlcera duodenal
Tempo de perfuração
Gráu de comprometimento
Achado cirúrgico
Conduta cirúrgica
Complicações pós-operatórias imediatas

TABELA I

Condutas cirúrgicas UDP (18 casos)

Distribuição etária e por sexo

IDADE (ANOS)	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menos de 20	-	-	-
20—29	05	-	05
30—39	05	01	06
40—49	-	-	-
50—59	03	-	04
ACIMA DE 60	04	-	04
TOTAL	17	01	18

TABELA II

Condutas cirúrgicas na UDP (18 casos)

Porcentagem de casos com diagnóstico anterior confirmado
de doença ulcerosa

TOTAL DE CASOS	Nº DE DIAGNÓSTICO	PERCENTAGEM (%)
18	03	16,6%

TABELA III

Condutas cirúrgicas na UDP (18 casos)

Tempo de perfuração (avaliado desde início das manifestações, até o primeiro atendimento no Hospital).

TEMPO (HORAS)	Nº DE CASOS	PERCENTAGEM (%)
0 ————— 12	07	38,8%
12 ————— 24	02	11,1%
24 ————— 36	02	11,1%
36 ————— 48	-	-
48 ————— 60	03	16,6%
ACIMA DE 60	04	22,2%

TABELA IV

Condutas cirúrgicas na UDP (18 casos)

Achado Cirúrgico

LOCALIZAÇÃO	Nº DE CASOS	PARA PERITO- NIO LIVRE	BLOQUEADA	TEREBRANTE
Bulbo	15	11	03	01 (vesícula biliar)
Justa-pilórica	03	001	01	01 (pâncreas)
TOTAL	18	12	04	02

TABELA V

Condutas cirúrgicas na UDP (18 casos)

Tratamento cirúrgico

T I P O	Nº CASO	%
Rafia + drenagem ampla	05	27,7%
Rafia + vagotomia super-seletiva	09	50,0%
Rafia + vagotomia super-seletiva+piloroplastia	01	5,5%
Rafia + vagotomia troncular + piloroplastia	02	11,1%
Vagotomia troncular + Antrectomia BII	01	5,5%
TOTAL	18%	

TABELA VI

Condutas cirúrgicas na UDP (18 casos)

Presença de complicações imediatas

T I P O	Nº DE CASOS	PERCENTAGEM (%)
Nenhuma	14	77,7%
Deiscência da Rafia	01	5,5%
Abcesso de parede	02	11,1%
Septicemia	02 (01 óbito)*	11,1%
Cetoacidose diabética +AVC	01 (01 óbito)*	5,5%
TOTAL	18	

* ocorridos 02 óbitos

TABELA VII

Condutas cirúrgicas na UDP (18 casos)

Distribuição de perfuração com conduta cirúrgica

TEMPO (HORAS)		R + DA	R + VSS	R +VSS+ P	R+VT+P	VT+ABII	TOTAL
0	12	-	06	-	01	-	07
12	24	-	01	01	-	-	02
24	36	02	-	-	-	-	02
36	48	-	-	-	-	-	-
48	60	-	02	-	-	01	03
ACIMA DE 60		03	-	-	01	-	04
TOTAL		05	09	01	02	01	18

R = RAFIA

DA = DRENAGEM AMPLA

VSS= VAGOTOMIA SUPER SELETIVA

VT = VAGOTOMIA TRONCULAR

P = PILOROPLASTIA

ABII= ANTRECTOMIA BII

TABELA VIII

Condutas cirúrgicas na UDP (18 casos)

Distribuição do achado cirúrgico com a conduta cirúrgica

ACHADO	R + DA	R + VSS	R+VSS+P	R+VT+P	VT+ABII	TOTAL
Para Peritônio Livre	04	07	01	-	-	12
Bloqueada	01	02	-	-	01	04
Terebrante	-	-	-	02	-	02
TOTAL	05	09	01	02	01	18

IV - COMENTÁRIOS

Segundo a literatura médica a maior incidência de úlcera duodenal perfurada ocorre em pacientes do sexo masculino. Nesta série dos 18 casos de úlcera duodenal perfurada que foram submetidos à tratamento cirúrgico apenas um paciente era do sexo feminino, sendo que a faixa etária mais atingida foi de 20 - 40 anos com total de 11 casos. (Tabela I). (3, 8).

Em nosso estudo apenas 16,6% tinham diagnóstico anterior confirmado de úlcera duodenal (Tabela II) numa situação de emergência, estes dados nem sempre são fornecidos pelo paciente, de modo que a tendência atual é de se realizar uma cirurgia curativa mesmo naqueles casos em que a perfuração é a primeira manifestação da doença. (2) O tratamento cirúrgico definitivo, além de prevenir uma recidiva da doença ulcerosa, impediria também uma segunda intervenção cirúrgica nos pacientes que se apresentam em condições de serem submetidos à uma cirurgia de grande porte. (1, 7).

O tempo de perfuração variou de 1 hora à 15 dias, sendo que 7 casos (38,8%) se apresentavam num período inferior a 12 horas, 2 casos entre 12 e 24 horas (11,1%), outros 2 (11,1%) entre 24 a 36 horas, nenhum caso entre 36-48 horas, 3 casos (16,6%) entre 48-60 horas, e finalmente 4 casos (22,2%) chegaram a emergência num período de acima de 60 horas. (Tabela III).

Nem sempre o tempo de perfuração, analisado como único parâmetro é indicativo de uma cirurgia radical curativa ou apenas uma rafia, pelos seguintes motivos: na maioria das vezes em caráter de emergência o paciente não tem condições de expressar o real tempo de perfuração; e por si só este não nos indica com precisão o grau de contaminação da cavidade abdominal, já que esta ocorrência é o impedimento de uma cirurgia mais radical. (2, 10). Nota-se isto verificando que os 7 pacientes com menos de 12 horas de perfuração a totalidade sofreu tratamento radical curativo, sendo 6 rafia associadas à vagotomia super-seletiva e uma rafia com vagotomia troncular e piloroplastia, por se tratar de úlcera justa pilórica terebrante.

para as pâncreas. Em nosso estudo, ainda 2 casos com tempo de perfuração entre 12 e 24 horas puderam ser submetidos à cirurgia radical por não apresentarem um grau elevado de contaminação peritoneal. Outros 2 casos no período de 24 e 36 horas para peritônio livre só puderam receber rafia da úlcera com lavagem da cavidade peritoneal e drenagem ampla devido à peritonite já instalada. No espaço de tempo entre 48 - 60 horas, 2 pacientes puderam receber tratamento definitivo com vagotomia super-seletiva e rafia da úlcera, por ambas se apresentarem bloqueadas, sem comprometimento peritoneal contaminado. Outro caso foi tratado com vagotomia troncular associado à antrectomia Bill pela intensa estenose pilórica encontrada naqueles pacientes internados com tempo de perfuração acima de 60 horas (4 casos), 3 destes só tiveram condições de ser submetidos à rafia e drenagem ampla, e o último pode receber uma vagotomia troncular com piloroplastia, pois a úlcera terebrante para vesícula biliar. o paciente apresentou-se com pouca sintomatologia predominando a queixa de emagrecimento (Tabela VII).

O achado cirúrgico revelou úlcera perfurada em parede anterior do Bulbo em 15 casos (83,3%) e justapilórica 3 casos (16,6%). Do total, 12 (65,5%) perfuraram para peritônio livre, 4 (22,2%), bloqueados por órgãos adjacentes ou omento e 2 (11,1%) tornaram-se terebrantes do bulbo para a vesícula biliar, justapilórica para pâncreas (Tabela IV). A maior ocorrência da úlcera duodenal perfurada em bulbo está de acordo com a literatura (3, 8, 9). Existe uma maior incidência de perfuração para peritônio livre, mas não se sabe qual o fator determinante para que a úlcera perfure para peritônio livre, ou para que esta seja bloqueada, ou terebrante. No entanto a relação anatômica do ponto de perfuração com órgãos adjacentes pode fazer suspeitar-se da forma com que se estabeleça o processo; assim sendo, uma úlcera perfurada em parede anterior de bulbo, pode tornar-se terebrante para a vesícula biliar ou fígado mais comumente, ou bloqueada por estas estruturas. De outra maneira a pâncreas torna-se alvo na maioria dos casos de úlcera terebrante justapilórica, sendo este tipo de perfuração bloqueada por vezes pelo grande omento e pelo próprio pâncreas. (9). Outras estruturas além das acima citadas, podem eventualmente estar comprometidas como o pequeno omento e colo transverso. Em algumas ocasiões pode se formar uma comunicação com o retroperitônio.

Dos 12 pacientes que apresentaram perfuração para peritônio

livre, 7 foram submetidos à vagotomia super-seletiva, sendo que um foi associado a operação de drenagem, 4 sofreram apenas rafia da úlcera. A prática tem demonstrado que diante de um quadro geral precário, quer seja uma doença concomitante, por uma peritonite purulenta, ou pela idade avançada do paciente ficam a disponibilidade de permanência em anestesia e o manuseio do paciente no transoperatório prejudicados, não nos permitindo realizar cirurgias mais radicais, e somente uma rafia com drenagem ampla. (4, 6). Os 4 pacientes que tiveram perfuração para peritônio livre e foram submetidos apenas a rafia e drenagem ampla eram pacientes cujas as idades variavam entre 64 à 80 anos de idade; ainda um deles já estava internado por descompensação diabética, vindo a sofrer no pós-operatório uma grave descompensação, um A.V.C., coma e ôbito. Outro broncopata crônico caminhou através de uma peritonite purulenta generalizada ao choque séptico e ôbito. Mais um caso de rafia e drenagem ampla foi um paciente que apresentava no achado cirúrgico como condições adversa um bolo de âscaris no jejuno proximal. Outro caso, com úlcera bloqueada foi tratado com antrectomia BII com vagotomia troncular o qual apresentava intensa estenose pilórica. Os últimos dois sofreram rafia e vagotomia super-seletiva porque se apresentavam em boas condições. (Tabela VIII).

Ficou evidente que após todas as avaliações cabíveis, a conduta correta traz menor percentagem de complicações pós-operatórias imediatas. No estudo em questão dos 18 casos relatados 14 (77,7%) não apresentavam nenhuma complicação pós-operatórias. As complicações citadas a seguir se deram em parte pela própria doença e em parte por outras causas como se segue: ocorreu deiscência da rafia de sutura ocasionando abcesso e deiscência de parede e sepsis que tratado à tempo teve uma evolução favorável. O material eliminado em perfuração é usualmente absorvido; quando esta absorção é incompleta há bacteremia no local e um abcesso pode-se formar; porém isto não é muito visto devido à lavagem da cavidade abdominal, drenagem e antibiotecoterapia terem efeitos favoráveis (9).

Abcesso de parede ocorreram em 2 casos (11,1%), septicemia em 2 casos (11,1%), sendo que um foi à ôbito porque o paciente era broncopata crônico, já citado anteriormente. Finalmente uma cetose acidose diabética, com A.V.C, evoluiu também para ôbito. (Tabela VI)

Nesta amostra não houve complicações imediatas de vagotomia, nem decorrentes do próprio manuseio clínico-cirúrgico.

V - CONCLUSÕES

1. Sempre que possível ao se realizar a cirurgia da complicação deve-se investir na cura da doença ulcerosa, atuando no fator ulcerogênico.

2. A técnica cirúrgica a ser empregada nesta urgência abdominal deverá de modo criterioso, ser escolhida dentre aquelas que apresente um menor risco cirúrgico para um paciente já provavelmente debilitado.

3. Sendo a vagotomia super-seletiva o tipo de cirurgia mais utilizada presume-se que esta represente o procedimento de escolha para aqueles pacientes que se encontram em condições ideais para se rem submetidos à uma cirurgia curativa de maior porte.

4. O número de complicações pós-operatórios deverá ser sempre pequeno quando a escolha do tratamento cirúrgico for correta.

VI - ABSTRACT

In this paper the authors report eighteen (18) cases of management of Perforated Duodenal Ulcer where they analyse the influence of the history of the perforation on the different techniques employed, trying to present their variations according to the appearance of the patients.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROSO EI e Col. Vagotomia Super-Seletiva no Tratamento da Úlcera Duodenal Complicada. Residência Médica, Vol 11(1):76-94. Mar., 1982.
2. BARROSO EI e Col. Vagotomia Super-Seletiva e Duodenarrafia na Úlcera Duodenal Perfurada. Col. Br. Cir., Vol 5(2): 79-83. Mar/abr., 1978.
3. CASTRO L.P. e NOGUEIRA CED. Úlcera Gastroduodenal Perfurada. In: LOPES M, Emergências Médicas. Guanabara Koogan. 2ª ed., 40:478 - 80. 1979.
4. FERRAZ E M e Col. Proximal Gastric Vagotomy in Estenosed or Perfurated Duodenal Ulcer. Br. J. Surg., Vol. 68:425-54, 1981.
5. GALVÃO L. e Col. Úlcera Duodenal. In: PINOTTI H.W. Atualização Cirúrgica. Livraria Manole. Vol 4; XIV: 289-304. 1975.
6. HEDENSTEDT S. Vagotomia Seletiva Proximal. In: VERLAG G.T. Vagotomia. Ediciones Toray. 1ª ed.: 111 - 130. 1979.
7. KOTSIS L. KRISAR Z. Treatement of Perfurated Duodenal Ulcer by Vagotomy - Asociated Antrectomy. Acta Chirurgica Academic Acientiarum Hungarica, vol 21(1): 25-30. 1980
8. RAIA A.A. e PINOTTI H.W. Úlcera Gastroduodenal. In: ZERBINI EJ Clínica Cirúrgica Alipio Corrêa Netto. Savier. 3ª ed., vol 4, XXVIII: 285-334. 1974.
9. ROSOFF L. and BERNE C.J. Acute Perforation of Peptic Ulcer. In: NYHUS M., WASTELL C. Surgery of Stomach and Duodenum. Little, Broun and Company. 3ª ed., 27: 441 -57. 1977.
10. SAWYERS J.L., HERRINGTON J.L. Perfurated Duodenal Ulcer Managed by Proximal Gastric Vagotomy and Suture Plication. Ann Surg: 656 - 60. Jun, 1977.
11. SAWEYERS J.L. e Col. Acute Perfurated Duodenal Ulcer. Arch Surg. Vol. 110: 527-30. Maio, 1975.

**TCC
UFSC
CC
0165**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0165

Autor: Zanelato, Eliana M

Título: Condutas cirúrgicas na úlcera du



972803895

Ac. 252992

Ex.1 UFSC BSCCSM